

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

ANNÉE 1972

N°

THÈSE

121

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

DELPLANQUE Bernard

né le 11 juillet 1945, à Valenciennes (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le

**SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES
DE L'ENFANT**

Président : Mr. PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1972

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

ANNÉE 1972

N°

THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

DELPLANQUE Bernard

né le 11 juillet 1945, à Valenciennes (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le

**SINUSITES MAXILLAIRES CHRONIQUES
DE L'ENFANT**

Président : Mr. PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1972



A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549001_0044

A Monsieur le Professeur PIALOUX

qui nous a fait l'honneur de
présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur SERGENT

qui a bien voulu nous confier
ce travail au cours de notre
séjour dans son service.

Qu'il reçoive un hommage tout
particulier pour le précieux
enseignement si généreusement
dispensé.

LES SINUSITES MAXILLAIRES

CHRONIQUES

DE L'ENFANT



= I =

I N T R O D U C T I O N

I^o- HISTORIQUE

C'est pour la première fois, en 1489, que Léonard de VINCI a décrit l'existence des cavités pneumatiques du crâne. Son manuscrit est toujours conservé à la bibliothèque du château de Windsor.

Ce n'est qu'environ deux siècles plus tard qu'HIGHMORE, dans un livre consacré à Léonard de Vinci, le "Corpus humani desquisito anatomica", redécouvre les sinus maxillaires.

Longtemps, on a considéré que ces cavités étaient pleines d'une substance médullaire appelée la Medulla mollis. FALLOPE a montré qu'il n'en était rien.

Toujours est-il que le sinus maxillaire est la première cavité pneumatique du massif facial existant avant la naissance ; sa première ébauche est visible dès le troisième mois de la vie embryonnaire.

La théorie de VON GEFFERTH, selon laquelle, à la naissance, il ne serait pas pneumatique, mais rempli de liquide amniotique et de détritrus peu à peu résorbés à partir des quatrième et cinquième mois, ne semble pas en contradiction avec nos observations cliniques qui ont montré l'existence d'une pathologie

chronique du sinus, parfois dès l'âge d'un an, en tout cas couramment dès l'âge de dix-huit mois.

II°- MECONNAISSANCE LONGUE DE LA SINUSITE MAXILLAIRE.

La pathologie du sinus maxillaire se présente sous des aspects fort divers. Peut-être, pour ces raisons, est-elle souvent méconnue.

En tout cas, c'est bien souvent à tort que les manifestations pathologiques sont régulièrement mises sur le compte des végétations considérées comme foyer infectieux : immanquablement, leur ablation est prescrite. Inconstants en sont les succès : parce qu'une sinusite maxillaire chronique coexiste avec l'hypertrophie des végétations. Encore faut-il mettre sur le compte de la bonne saison revenue la plupart des succès apparents de l'intervention sur le cavum.

De nouvelles rechutes de l'enfant amènent alors à un nouvel examen : l'écoulement purulent postérieur lors de l'inspection du cavum, loin d'évoquer un mouchage postérieur d'origine sinusienne, fait alors penser à nouveau à une poussée de rhino-pharyngite et donc à une repousse des végétations. De là, une nouvelle prescription d'intervention...

Lorsqu'enfin, après un ou plusieurs échecs d'adénoïdectomie, on en vient à penser aux sinus, c'est pour parler, chez l'enfant de moins de 5 ou 6 ans, d'ethmoïdite, négligeant ou niant la réalité de la pathologie des sinus maxillaires.

En effet, on a longtemps considéré et beaucoup considèrent encore que jusqu'à l'âge de cinq ans la sinusite maxillaire n'existe pas. L'atteinte ne pouvant qu'être ethmoïdienne, l'ethmoïdite fluxionnaire, connue de très longue date et atteignant le nourrisson dès les premiers mois de la vie, a imposé le concept de suppuration aiguë ou même récidivante ou chro-

nique de l'ethmoïde. Passé l'âge de cinq ans, on parle au contraire d'ethmoïdo-antrite.

Ceci peut peut-être s'expliquer par la mauvaise connaissance que l'on avait de l'anatomie des sinus maxillaires.

Dans sa thèse récente, le Docteur BOULET en a repris l'étude. Bien que le développement des sinus ne soit pas strictement codifiable et qu'il commence plus ou moins tôt selon les sujets, il ressort de cette thèse qu'en moyenne :

1°- La cavité sinusienne existe sous forme d'une fente horizontale allongée d'avant en arrière, épaisse de quelques millimètres seulement à la naissance.

2°- Dès l'âge de huit mois, il a la forme d'une portion d'ovoïde ; sa longueur est de 13 mm, sa largeur de 8 mm, sa hauteur de 11 mm : son volume est donc grossièrement de 1 cm³ environ.

3°- Par la suite, le sinus s'allonge en arrière vers le rebord postérieur du maxillaire supérieur, en bas et en avant vers la fosse canine, en dehors vers la racine du malaire, et il acquiert progressivement la forme d'une pyramide triangulaire, en corrélation avec l'évolution des germes dentaires.

4°- Au contraire de l'adulte, les sinus n'ont pas toujours, chez le jeune enfant, un développement symétrique du fait des germes dentaires : sinus plus vaste du côté où l'éruption dentaire est plus avancée.

III°- REALITE DE LA SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE
DES L'AGE DE DIX-HUIT MOIS, PARFOIS PLUS TOT.

Comme l'a montré à maintes reprises, dans son service, notre maître Monsieur le Professeur SERGENT, la sinusite existe couramment dès cet âge, et elle est affirmée par le gros signe décisif : la ponction-lavage qui permet à la fois d'assurer :

- le diagnostic, en recueillant le contenu des sinus ; quelques flocons de mucus suffisant à apporter la preuve ;

- la thérapeutique, par l'apport local du traitement.

= II =

ETUDE CLINIQUE

I°- UNE ETAPE PRIMORDIALE DANS LA CONSULTATION :
INTERROGATOIRE DES PARENTS.

On ne saurait assez insister sur la nécessité avant tout examen d'obtenir le maximum de renseignements de la part des parents. Un interrogatoire bien conduit doit presque suffire à l'établissement du diagnostic. C'est malheureusement bien souvent l'étape la plus difficile de toute la consultation. Tant s'en faut !

Il faut donc mener avec patience une véritable enquête policière auprès des parents en leur faisant raconter avec minutie :

- l'épisode actuel avec ses symptômes, sa date de début, ses signes d'accompagnement : fièvre, toux, ronflement, notion de sommeil avec bouche ouverte. Il est pratiquement sans intérêt de rechercher douleurs et céphalées qui n'existent pas dans la sinusite chronique infantile.

- les antécédents : existence d'épisodes identiques, autres épisodes d'atteinte de la sphère O.R.L. (otites, rhino-pharyngites, rhumes fréquents, trachéo-bronchites). Il importe de savoir si l'enfant a été opéré des végétations ou amygdalectomisé et avec quels résultats. La courbe de poids est vérifiée sur le carnet de santé. Pour terminer, l'interrogatoire doit

s'enquérir aussi discrètement que possible des conditions de logement de la famille et d'atteinte semblable d'autres membres de la famille, surtout frères, soeurs et parents.

Ainsi mené, l'interrogatoire permet d'établir une sorte de profil pathologique de l'enfant et de regrouper les signes d'appel de la sinusite.

II°- SIGNES CLINIQUES D'APPEL.

Les signes d'appel qui doivent orienter vers la pathologie sinusienne sont fort polymorphes.

C'est ainsi qu'on peut se trouver en présence des divers tableaux suivants :

1°)- Il peut s'agir d'un enfant déjà opéré des végétations. A ce moment, deux hypothèses :

- ou bien il n'y a pas d'amélioration et le mouchage est le même qu'auparavant. (Si l'enfant a moins de 3 ans, il n'y a pas de mouchage, mais le nez est bouché et l'enfant respire la bouche ouverte).

- ou bien l'enfant a été opéré au printemps et alors on assiste à une guérison apparente due à la bonne saison, mais sitôt la rentrée ou un simple retour en milieu urbain, la rechute est immédiate : c'est qu'en réalité, la sinusite préexistait à l'ablation des végétations. En règle générale, le cavum de ces enfants est lymphoïde ; ce qui, si on ne pense pas à la pathologie des sinus, pourrait amener à une reprise de végétations et transformer ces enfants en ce qu'on a appelé "les balafres du cavum".

2°)- Ce peut être un enfant d'âge variant entre

5 et 7 ans, qui mouche en permanence du mucus ou muco-pus, avec ou sans nez bouché, sans végétations dans le cavum, - éventualité peu fréquente mais réelle. A la rigueur, il y a dans le cavum une nappe de tissu lymphoïde et ce serait une grosse erreur d'attribuer ce catarrhe nasal permanent à l'existence de ce tout petit reliquat adénoïdien, qui d'ailleurs va diminuer de volume à mesure que les sinus seront nettoyés par le traitement.

3°)- Ou bien l'enfant ne mouche pas.

Pour des raisons que l'on ne connaît pas, le mouchage se fait dans le cavum.

Très rarement, cela se traduit par un reniflement ; cet état de catarrhe est souvent ignoré des parents. On ne le met en évidence que par une véritable enquête policière.

Mais, ce qui est apparent alors, ce sont les poussées aiguës qu'on pourrait appeler, par analogie aux otites chroniques, des "poussées de réchauffement".

Poussées qui sont le plus souvent saisonnière, c'est-à-dire hivernales, mais s'échelonnant quelquefois tout au long de l'année, éventuellement rythmées par les périodes de grippez, de rhumes familiaux, de bains de mer ou de piscine.

Ces poussées sont banales, avec ou sans toux prolongée durant 10, 15, 21 jours, parfois extrêmement purulentes.

C'est d'ailleurs bien souvent à cette occasion que l'enfant est amené chez le médecin pour rhume traînant. Soigner la poussée et la guérir, comme on le fait habituellement par antibiotiques, c'est bien, mais c'est insuffisant car il faut comprendre que l'interrogatoire doit mettre en évidence le mou-

chage postérieur chronique et conclure qu'on a affaire non pas à des poussées naso-sinusiennes répétées, mais à des épisodes aigus qui jalonnent l'évolution d'une sinusite chronique.

Fréquemment, le mouchage postérieur de la sinusite chronique est parfaitement clandestin : les sécrétions naso-sinusiennes tombent dans le pharynx et sont dégluties sans aucun signe fonctionnel.

4°)- Très souvent, la sinusite est révélée par une histoire auriculaire : il s'agit d'un enfant ayant eu des otites fréquentes commencées plus ou moins tôt. Devant la répétition de ces otites, on a été bien souvent amené à prescrire une ablation des végétations. - Cette intervention n'a pas entraîné la guérison, soit que l'atteinte auriculaire ait été révélée par des otites aiguës successives, soit que d'emblée on se trouve en présence d'une surdité d'oreille moyenne dont l'origine est sinusienne.

5°)- Parfois, on doit penser à la sinusite du fait de l'existence de complications respiratoires basses : bronchites répétées à l'occasion de rhumes qui sont en réalité des poussées aiguës sur sinusites anciennes. Quelquefois, les signes bronchiques prédominent et les signes naso-sinusiens sont mineurs ou passent inaperçus. Ou bien encore, il s'agit simplement de poussées de trachéites hivernales récidivantes, sans obstruction nasale, sans mouchage antérieur ou postérieur, révélées par des signes fonctionnels.

Il n'est pas rare que l'enfant soit amené pour épistaxis. Il n'y a pas de lésions des taches vasculaires, mais l'interrogatoire révèle que ces épistaxis sont contemporaines de poussées de rhinite ou rhino-bronchites. Il faut alors savoir demander les clichés de sinus qui démasquent la sinusite.

6°)- Dans le cas des rhino-bronchites, deux types de manifestations :

- La rhino-bronchite descendante : le traitement de l'infection haute entraîne la guérison spectaculaire de l'infection bronchique. Il s'agit d'un sujet toussant et crachant surtout le matin ; le mouchage est peu abondant. Par contre, on retrouve toujours un écoulement postérieur.

- Rhino-bronchite concomitante : atteinte diffuse de toutes les muqueuses respiratoires. Le tableau est classique : obstruction nasale, nez plein de pus, toux diurne et nocturne ; rhino-pharyngite et bronchite sont concomitantes. L'ablation des végétations n'a pas apporté d'amélioration : le traitement sinusien ne guérira non plus la bronchite.

Il n'y a pas d'amélioration avec la puberté. Bien au contraire, à chaque été les muqueuses s'assèchent de moins en moins. Et catarrhes tubaires et otites séreuses compliquent souvent l'évolution.

Dans ce cas, la bronchographie lipiodolée est indispensable pour mesurer l'ampleur de la dilatation bronchique qui accompagne cette bronchite purulente. Il faut toujours penser à la muco-viscidose, devant ce tableau de débilité rhino-bronchique (rarement, la sinusite serait la première manifestation de cette maladie ; dans le doute donc, toujours faire un test à la sueur, bien que ce test ne semble pas bien souvent démonstratif).

7°)- Il n'est pas rare que la seule manifestation d'une sinusite soit une fièvre inexplicquée sans autre signe, au long cours, parfois très élevée et qui ne laisse pas d'inquiéter les parents. Au début, une urgence chirurgicale a été éliminée, puis les vaccinations ont été vérifiées et une radio pulmonaire se sera révélée normale. Aucune cause à cette fièvre n'aura été trouvée et en fin de compte le médecin enverra l'enfant en consultation, à la recherche d'un éventuel foyer O.R.L.. L'examen clinique est strictement négatif ; tout au plus trouvera-t-on des tympons discrètement congestifs qui ne peuvent en rien

justifier la fièvre. Une radio de sinus, demandée en général à tout hasard, montre une sinusite maxillaire chronique, et la ponction-lavage immédiatement effectuée amène des résultats spectaculaires avec chute durable de la température, dès le premier jour.

8°)- Devant tout enfant atteint de dermatose infectieuse d'origine vestibulaire : impétigo, érysipèle, ..., il faut savoir par l'interrogatoire l'en rapporter à l'origine sinusienne : rhume permanent, rhinorrhée, otorrhée. Traiter la dermatose sans supprimer la source serait s'exposer à une récurrence dans un terme plus ou moins rapproché.

9°)- Plus rarement, on est amené à penser à la sinusite devant l'existence d'une rhinite croûteuse. Le traitement de la sinusite fait rapidement disparaître les croûtes.

10°)- Quelquefois, l'enfant arrive pour adénopathies chroniques, uni ou bilatérales, sous-maxillaires ou latéro-pharyngées. Le diagnostic peut être égaré par l'existence d'angines ou par de grosses amygdales pathologiques. L'ablation des amygdales n'amènerait, de toute façon, pas de guérison des adénopathies, et c'est seulement le traitement des sinus qui ferait disparaître ces gros ganglions pathologiques.

= III =

DIAGNOSTIC POSITIF

I^o- L'EXAMEN PHYSIQUE

1)- Examen du nez : Rhinoscopie antérieure.

Le plus souvent, il ne signifie pas grand'chose : cornets hypertrophiés, parfois oedème pâle et luisant au niveau du méat moyen.

Quelquefois, elle apporte beaucoup : présence de pus ou seulement de mucus ; mais ce signe est très inconstant, apanage des poussées aiguës, non visible en période froide.

2)- Examen de l'oro-pharynx.

En période froide ou subaiguë, on peut voir ou du mucus ou du muco-pus qui tombe dans l'oro-pharynx : mettre un abaisse-langue suffit alors, mais on ne trouve pas toujours un mouchage postérieur.

Pour essayer de mettre en évidence ces sécrétions, on peut demander à l'enfant de renifler. Quelquefois, cela donne de bons résultats, et on voit alors un filet de muco-pus tombant dans l'oro-pharynx.

3)- Examen du cavum.

Si l'on n'obtient pas de résultat, il faut alors essayer de voir le cavum au miroir. Malheureusement, cet examen n'est pas toujours réalisable du fait de la mauvaise volonté de l'enfant ou de réflexes nauséux incoercibles. Mais, si on a la chance de bien voir le cavum, le moindre filet de mucus signe la sinusite. (Surtout ne jamais oublier de contrôler au passage l'existence ou l'absence de végétations).

4)- Si ces trois examens sont négatifs.

En présence d'une histoire pathologique qui fait penser à une sinusite, l'absence de signes physiques ne soit pas exclure l'hypothèse sinusienne et on ne peut alors se dispenser d'une radiographie.

L'examen ne saurait se terminer sans un examen des tympans et une recherche d'adénopathies jugulaires.

II°- L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Même si le diagnostic clinique est assuré, on n'a pas le droit de s'en dispenser, car il permet d'avoir une idée à la fois du volume des sinus, de l'importance de leur atteinte et de l'extension aux autres sinus.

Les sinus maxillaires sont parfaitement vus sur l'incidence nez - menton - plaque, dite de BLONDEAU, car elle évite de superposer ces cavités pneumatiques sur l'opacité des rochers (accessoirement, quand ils existent, elle montre parfaitement les sinus frontaux).

Systématiquement, il faut demander également l'incidence nez - front - plaque, dite de HIRTZ, qui a l'avantage de préciser l'extension aux sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux.

1)- Image normale.

Ainsi que l'ont montré les nombreux clichés demandés :

- Vers un an, le sinus maxillaire se présente radiologiquement comme une surface triangulaire claire ; en bas et en dedans, se projette le germe de la canine définitive qui cache une bonne partie de la cavité ; en haut et en dedans, on voit l'image de la fente sphénoïdale ; le canal orbitaire est, à cet âge, en dehors de l'image de la cavité.

- Vers deux ans, l'image est à peu près identique de forme, si ce n'est que le canal orbitaire est en rapport plus étroit avec la paroi supérieure.

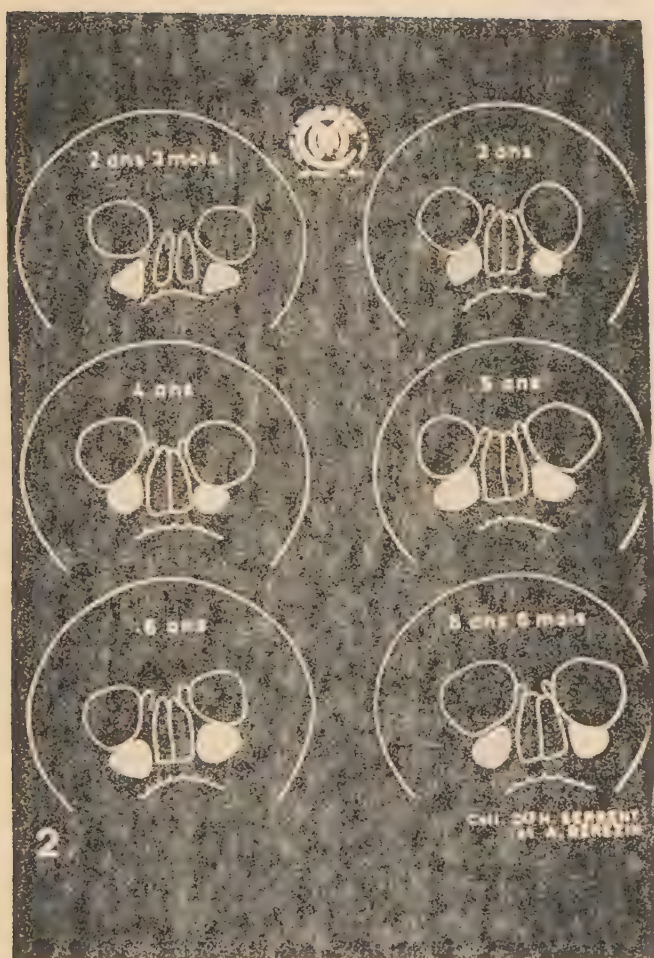
- A deux ans et demi, le sinus est beaucoup plus volumineux, mais sa projection donne maintenant une image quadrangulaire. Les repères sont les mêmes.

- A trois ans et demi, les sinus ont progressé en dehors et leur forme est celle du sinus adulte. Le germe de la canine définitive ne masque presque plus rien de la surface de la cavité.

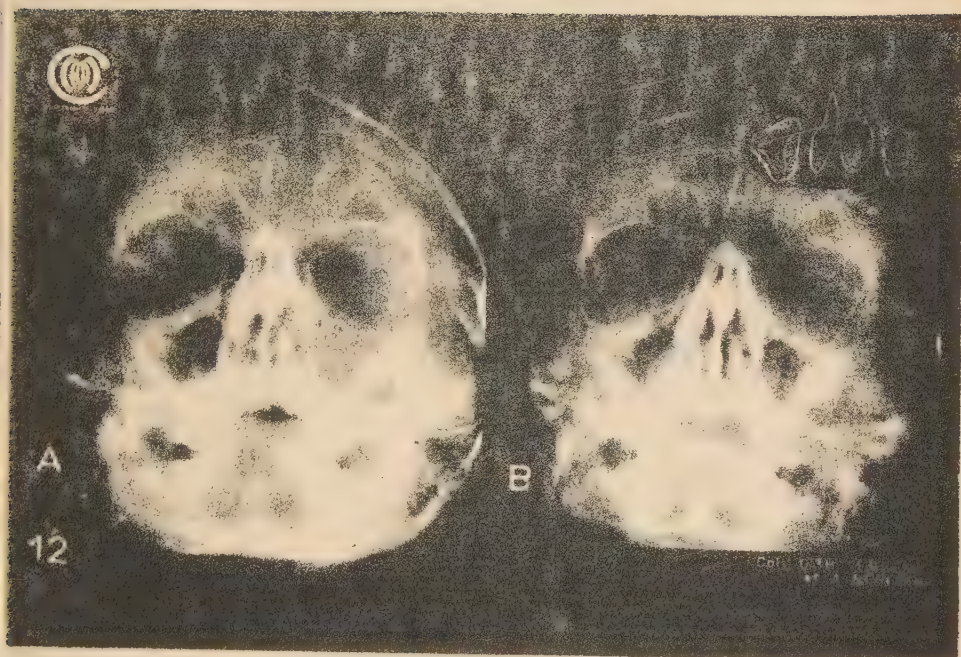
(La RADIO N° 2 montre schématiquement l'évolution radiologique du sinus).

Résultats pratiques :

Normalement donc, les sinus se présentent sous forme de 2 clartés triangulaires ou quadrangulaires, suivant l'âge de l'enfant. La difficulté est de savoir reconnaître le moment à partir duquel il y a un flou dans cette clarté, d'autant plus que des clichés de qualité sont très difficiles à obtenir chez les jeunes enfants, même après prémédication calmante.



2 - 3 ans 3 mois 1910.



12 - SINUS TRES OPAQUES AU DEPART,
PUIS OPACITE EN CADRE APRES TRAITEMENT.

2)- Image pathologique.

- Il peut s'agir d'un voile diffus des sinus, très difficile à apprécier sans une grande habitude. Il est souvent nécessaire de faire varier l'intensité de la lumière du négatoscope pour s'assurer du diagnostic. C'est beaucoup plus facile lorsque le voile est de tonalité différente suivant le côté : une différence de contraste signe la sinusite.

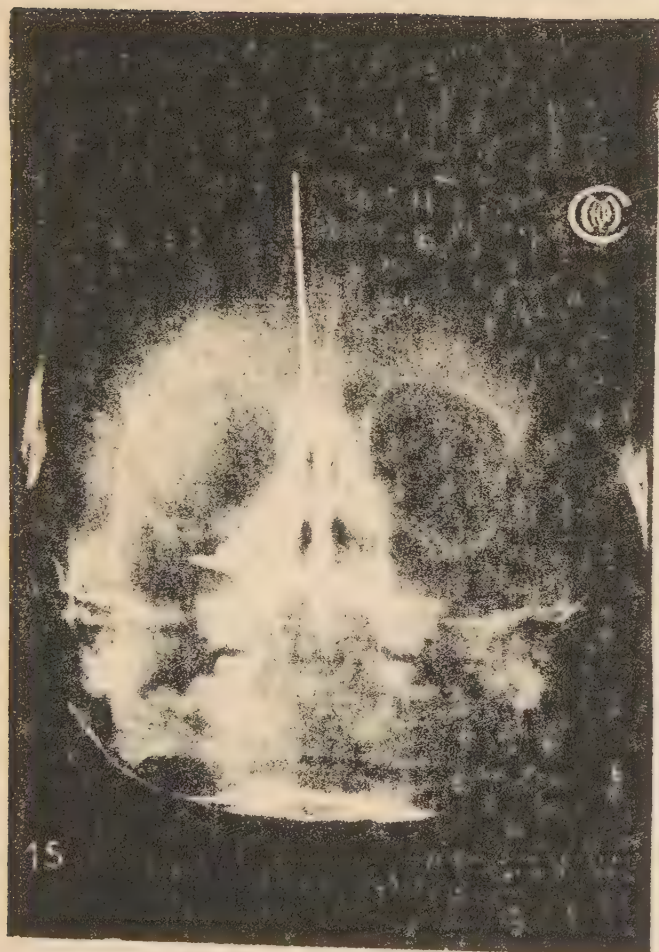
- Opacité complète des deux sinus : la tonalité de l'image est telle qu'elle se confond pratiquement avec la tonalité osseuse ; mais rarement l'opacité est la même des deux côtés.

- Opacité en cadre des sinus : le pourtour de la cavité sinusienne est bordé par une opacité plus ou moins étroite qui est l'image de l'épaississement de la muqueuse.

- Exceptionnellement, image d'un niveau liquide.

- Parfois, on ne peut conclure : l'image est douteuse, sans plus ; on pourrait alors discuter longuement de l'existence ou non d'un voile maxillaire. On peut alors avoir recours à un examen facile et démonstratif : radio-lipiodol, après mise en place d'un drain. Il montre alors souvent des images insoupçonnables sur le cliché standard : muqueuse épaissie, muqueuse irrégulière, surtout déchiquetée. Le bilan des lésions avec cet examen est alors précis et indiscutable. (Cf. RADIOS N° 15 et 16).

La radio-lipiodol est en outre un excellent examen de contrôle après traitement, permettant d'apprécier les résultats avec précision. Un cliché de contrôle dans les jours qui suivent vérifie l'évacuation ou non du produit de contraste. La persistance au-delà de 3 ou 4 jours signe la chronicité de la sinusite.



15 - RADIOLIFFUSION MONTRANT
UNE TUMÉUR TRÈS DÉLIMITÉE.



16 - IMAGE RADIOLOGIQUE DOUTEUSE
AVEC LIPIODOL DÉMONSTRATIF.

(Toujours vérifier l'état des autres sinus sur les clichés standards).

Résultat du lipiodol après drainage :

- On peut obtenir une image découpée, une muqueuse polypeuse : c'est alors le signe d'une sinusite chronique.

- Evolution de l'image radio sous traitement : l'opacité diffuse devient une image en cadre. Le cadre survit quelques semaines après la guérison clinique. Faire, 6 semaines ou 2 mois plus tard, une radio de contrôle :

. Ou bien le cadre persiste, signe d'une sinusite chronique,

. Ou bien on obtient une clarté, signe d'une guérison, d'une sinusite subaiguë guérie.

Ainsi donc, après l'enquête physique et l'examen radiologique :

- ou bien on dispose de trois séries de signes cohérents allant tous dans le même sens ;

- ou bien l'examen clinique a été négatif et le diagnostic ne sera fait que sur deux ordres de faits : l'enquête et la radio ;

- ou bien enfin, il n'y aura pas de signes concrets de certitude et la parole revient à la ponction-lavage. Après avoir enfoncé le trocart et retiré le mandrin, il arrive que le liquide contenu dans le sinus coule tout seul : pus lié ou liquide ambré. Ou bien, en demandant à l'enfant de ne pas cracher, on peut injecter par le trocart du sérum physiologique, recueillir le liquide expulsé ; mais alors l'examen est souvent gêné par la présence de

sang. Dans les cas favorables, le sérum aspiré est souillé de flocons volumineux de muco-pus, ou même de petits flocons qui flottent dans la seringue. La qualité (mucus ou muco-pus), l'abondance du produit pathologique varient largement selon que la ponction lavage est faite en période froide ou subaiguë.

= IV =

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il s'agit essentiellement de la sinusite allergique.

1)- Là aussi, importance de l'interrogatoire.

- Antécédents de rhinopathies répétées, survenant sans cause apparente, débutant et disparaissant brusquement, sans fièvre, sans contagiosité.

- Antécédents de rhino-pharyngite fréquents, évoluant sans adénopathies cervicales.

- Sensibilité particulière de l'enfant au froid, au tabac, au soleil.

- Tendance aux éternuements, à la toux sèche et quinteuse, à la rhinorrhée séreuse.

- Influence énorme du changement de climat sur la pathologie de l'enfant.

- Existence d'antécédents allergiques chez les parents et collatéraux.

2)- A l'examen du nez.

2)- A l'examen du nez.

- Entre les crises, il peut être absolument normal.

- Pendant les crises, la muqueuse est turgescente mais pâle ; parfois, on voit des polypes pâles, très évocateurs surtout s'ils sont bilatéraux. Mais parfois, on ne note qu'un aspect banal de muqueuse rouge.

3)- Si le diagnostic n'a pas été fait a priori,

il peut l'être a posteriori par un signe caractéristique : l'échec du traitement classique. La sinusite a été normalement traitée et semble guérie. Huit jours plus tard, la rechute arrive inmanquablement et l'enfant est revu dans le même état qu'avant tout traitement : il faut alors l'envoyer au médecin allergologue.

= V =

EVOLUTION

1)- Non traitée.

L'enfant reste un enrhumé chronique avec ou sans amélioration durant la bonne saison ; il se produit une extension de l'infection vers les autres sinus ; les complications otologiques sont fréquentes chaque hiver, et l'enfant arrive à la puberté avec un lourd dossier otologique. Une surdité d'oreille moyenne de transmission peut s'installer.

Nous ne possédons pas d'examen audiométriques systématiques, chez ces malades atteints de sinusite ; mais si l'enfant a eu antérieurement des otites, si l'examen systématique des tympans évoque une obstruction tubaire, un audiogramme est fait ; il montrera souvent une baisse d'au moins 20 décibels dont l'origine est manifestement sinusienne, puisque le traitement entraîne une remontée immédiate, dès les semaines qui suivent.

Les complications respiratoires basses ne sont pas moins fréquentes : bronchites, bronchectasies, fréquence des cellulites orbitaires également.

2)- Traitée.

Les résultats sont le plus souvent spectaculai-

res, non pas tant par la disparition de l'obstruction nasale à laquelle les parents sont peu sensibles, mais par la disparition des multiples complications qui sont la cause de tant de consultations et d'absentéisme scolaire désormais évités.

Cependant, il ne faut pas se cacher que l'on va au-devant de déceptions, si les autres membres de la famille atteints, frères et parents, ne sont pas traités.

Cela relève souvent de l'impossible : pour les familles nombreuses, la seule charge de la radio semble insupportable. Et puis, combien de mères, se sachant atteintes de sinusite, acceptent parfaitement de laisser traiter leurs enfants, mais n'acceptent pas les mêmes soins.

De toute façon, ces enfants sont très réceptifs, car la notion de terrain est, chez eux, très importante et les rechutes par contagion sont inévitables. Un traitement local, à l'automne ou en période hivernale, évitera à l'enfant les nombreuses poussées nasales ou naso-bronchiques des hivers précédents. En l'attente du traitement de fond, traitement du terrain, c'est-à-dire la cure thermale d'été.

= VI =

T R A I T E M E N T

Plusieurs possibilités s'offrent, de valeur inégale.

Il semble que, chez les enfants, tout le monde soit d'accord pour négliger les aérosols, dont l'efficacité est pour le moins douteuse.

I - T R A I T E M E N T S C U R A T I F S.

1) - Médicaux.

= Antibiotiques :

Cure prolongée de dix à douze jours au moins semble nécessaire. De fort bons résultats sont obtenus avec une association à base de tétracycline : trisulfazine-tétracycline concilie l'efficacité et le bon marché ; la rovamycine (spiramycine) donne également des résultats intéressants.

Les doses thérapeutiques doivent être aussi élevées qu'en cas d'affections aiguës : on sait tous les inconvénients que cela comporte.

Pendant le traitement, les résultats sont toujours bons ; mais il n'est pas rare que, fort peu de

temps après l'interruption du traitement, la rechute se produise.

= Antibiotiques + anti-inflammatoires corticoïdes ou non :

Leur association accroît l'efficacité du traitement. Théoriquement aussi, ils permettent de diminuer la posologie des antibiotiques. Le choix du produit est très vaste et s'accroît régulièrement. Les résultats sont globalement un peu meilleurs que par traitement antibiotique seul.

Il est également possible d'associer un traitement local au traitement général : de nombreuses préparations toutes faites existent actuellement dans le commerce.

= Lavage des sinus par méthode de déplacement dite méthode de PROETZ :

Le lavage des sinus s'effectue par voie externe; le sérum physiologique, ainsi que les sécrétions sinusiennes sont aspirés puissamment par la poire spéciale de PROETZ. On effectue ainsi une série de lavages à raison de 2 ou 3 par semaine, le nombre minimum de séances étant de 6. On a intérêt, à la fin de chaque séance, à parfaire l'effet thérapeutique en apportant localement antibiotiques et corticoïdes qui ne seront pas réaspirés.

Bien entendu, l'indication de cette méthode est uniquement fonction de la bonne volonté du sujet, car sa collaboration est nécessaire : tel enfant de 4 ans la supportera parfaitement, alors que d'autres, bien plus âgés, s'y refuseront. En cas d'échec, il est inutile d'insister. Il est parfois utile, durant ces séances, d'ajouter un traitement général antibiotique.

Les résultats sont généralement bons ; on enre-

giste cependant quelques échecs : ostium insuffisamment perméable, mauvaise technique, ... Il faut alors ponctionner ou, mieux encore, établir un drainage permanent.

2)- Chirurgicaux.

Deux cas :

= Chez les enfants de moins de 2 ans et demi, on a recours à la ponction-lavage, car il est pratiquement impossible de pouvoir passer un gros trocart sous les cornets, et de toute façon l'enfant arracherait ses drains.

Après mise en place de grosses aiguilles adaptables aux seringues sous anesthésie générale, on vérifie d'abord qu'on est bien en place (passage facile de l'air et "cri du sinus"). La méthode consiste à injecter quelques cm^3 de sérum et à les aspirer : on recherche alors les sécrétions contenues dans le sinus ; ceci permet l'examen du liquide recueilli et amène la confirmation formelle du diagnostic. Puis, dans un second temps, l'enfant étant réveillé et maintenu fermement, on lave les deux sinus au sérum physiologique tiédi jusqu'à ce que le produit du lavage revienne parfaitement propre. Enfin, dans un troisième temps, on apporte par voie locale des antibiotiques et des corticoïdes, en évitant de les chasser de la cavité sinusienne, et on retire les aiguilles.

Une nouvelle ponction, effectuée environ une semaine plus tard, en ayant maintenu un traitement antibiotique par voie générale, et cela suffit généralement à obtenir un succès complet.

= Chez les plus grands enfants : drainage.

A l'aide d'un trocart suffisamment gros pour laisser passer les drains et sous anesthésie générale jusqu'à l'âge de 13-14 ans ; sous anesthésie locale

pour les enfants plus âgés, on effracte la paroi interne du sinus maxillaire au niveau de l'apophyse auriculaire, on pose les drains et on vérifie qu'on est en place par la recherche du "cri du sinus" comme précédemment.

A ce moment, plusieurs méthodes sont possibles :

- ou bien des lavages sont faits au domicile matin et soir, par les parents eux-mêmes, jusqu'à guérison, ou par le service de l'hospitalisation à domicile ;

- ou bien l'enfant est ramené en milieu hospitalier tous les deux jours, où une infirmière effectue le lavage sous contrôle médical.

Pour le lavage, il y a de nombreuses possibilités :

- ou bien on lave au sérum physiologique jusqu'au moment où le liquide redevient parfaitement propre, sans rien ajouter d'autre ;

- ou bien, en fin de lavage, on apporte un antiseptique banal ou surtout de préférence un mélange d'antibiotique-corticoïdes qu'on s'efforcera de faire garder le plus longtemps possible par l'enfant : l'empêcher de se moucher pendant un quart d'heure au moins après l'intervention ;

- ou bien on peut toujours, en fin de lavage, apporter des bactériophages, thérapeutique bien peu usitée aujourd'hui, mais qui nous a donné parfois entière satisfaction.

Les drains sont retirés deux jours après l'obtention d'un lavage parfaitement propre.

On ne saurait trop insister sur l'innocuité absolue de cette intervention : avec une technique

rigoureuse, il n'y a pratiquement aucun accident.

Les résultats sont très bons. En cas de rechute rapide, penser à la sinusite allergique.

II - TRAITEMENT DE FOND, DU TERRAIN.

Il est indispensable. Antibiotiques ou drainage local par Proetz ou cathéter sont incapables d'assurer la guérison, seulement une bonne rémission.

Le soufre est un médicament majeur. Il est disponible sous deux variétés : préparation pharmaceutique, eaux thermales. L'expérience affirme la primauté des eaux thermales sulfureuses, eaux dont les vertus (quoique assez mystérieuses) étaient connues des Romains !

La France dispose de Cauterets, Luchon, Allevard, Saint-Honoré, etc...

On veillera à n'envoyer les enfants en cure qu'avec un nettoyage aussi poussé que faire se peut.

Il est exceptionnel que la première cure ne soit suivie que d'un résultat relativement favorable : on en jugera à la fin de l'hiver suivant.

Théoriquement, les enfants peuvent être envoyés dès l'âge de 3 ans ; mais en pratique, mieux vaut attendre que l'enfant accepte le traitement par Proetz, afin qu'il puisse tirer un bénéfice maximum de son séjour en station thermale.

La Sécurité Sociale met actuellement les cures sulfureuses à la portée de toutes les bourses : la prise en charge est totale en maisons d'enfants agréées par les Caisses, mais à partir de 5 ans seulement.

Pour un enfant fragile, sur certificat médical, il est possible d'obtenir, pour l'un des parents qui accompagne l'enfant, une indemnité de séjour.

Enfin, les enfants de moins de 5 ans, non admis en cure collective, peuvent, dans les mêmes conditions financières, aller en cure accompagnés d'un parent.

L'aide financière accordée par les médecins contrôleurs aux parents n'est pas un droit strict : elle est accordée ou refusée en fonction de la situation sociale.

III - TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

C'est la vaccination après traitement, chaque automne, jusqu'à la puberté : Gamma-globulines, Antigène B, Bruschetteni, Spremunan, ...

Nous avons déjà insisté sur l'intérêt majeur de la contagion familiale, sur la nécessité théorique de prendre en soin les sinusiens de la famille qui cohabitent avec le malade pris en traitement.

Enfin, l'hygiène de l'habitat joue un rôle non négligeable dans la pérennité des sinusites. De même, l'interdiction des séances scolaires de piscine ...

C O N C L U S I O N S

De cette étude, il ressort donc :

- que la sinusite chronique est une maladie bien plus fréquente chez l'enfant qu'on ne le pense habituellement ;

- qu'il faut savoir y penser devant toute infection de la sphère ORL récidivante, après avoir éliminé une étiologie allergique, elle-même de plus en plus fréquente ;

- qu'il faut également savoir y penser devant des signes physiques apparemment sans liaison, mais rapportés à un contexte évocateur : dermatoses, adénopathies pathologiques ;

- qu'il faut savoir affirmer son caractère de chronicité : par l'ensemble des signes cliniques et radiologiques ;

- que le traitement amène souvent des résultats spectaculaires, surtout si on a recours à une thérapeutique qui peut paraître agressive, mais dont l'efficacité n'est plus à prouver : le lavage des sinus ;

- qu'enfin, c'est une maladie de terrain ; il faut savoir faire comprendre aux familles que la guérison définitive ne s'obtient pas en quelques jours, le traitement de consolidation devant durer des années.

Les parents, qui voyaient arriver chaque hiver avec les plus grandes craintes, sauront bien le comprendre et apprécier les résultats à leur vraie valeur.

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

J. BAUMANN

Le Président
de la thèse,

P. PIALOUX

B I B L I O G R A P H I E

DEBAIN J.J. - Sinusites. - E.M.C., O.R.L., fasc.
204 30 A 10, 11/1968.

CORNETTE C. - Considérations sur la pathologie des
sinus chez l'enfant.- Thèse Paris, 1965, n°944.

AUBRY et TERRACOL - Maladies des cavités annexes des
fosses nasales. - Paris, 1964.

PONCET - Sinusites de l'enfance. - Problèmes O.R.L.,
1962.

LIBERSA - Développement du sinus maxillaire de l'en-
fant. - Archives Françaises de Pédiatrie, 1963,
Tome 20, p. 488.

LAFON H. - La sinusite chronique de l'enfant. -
Cahiers médicaux lyonnais, 30 Mars 1966, 42,
n° 9, 619-626.

SERGEANT H. - Sur les sinusites maxillaires subaiguës
et chroniques de l'enfant. - Ann. Oto-laryng.,
Déc. 1960, 77, n° 12, 920-924.

MOULONGUET H. et coll. - Crénothérapie des sinusites
de l'enfant. - Presse therm. clim., 1968, 105,
n° 4, 497-499.

LEGLER U.- Clinique et thérapeutique des sinusites chroniques chez l'enfant.- Rev. clin. espan. (Europa med.), 1965, 2, n° 2, 48-53.

CHENET J.- Sinusites maxillaires chroniques de l'enfant.- Gaz. Méd. France, 25 Avril 1965, 72, n° 8, 1635-1641 (Bibliogr.).

BRIAND C. et CLIN R.- Contribution à l'étude de la sinusite maxillaire chronique de l'enfant.- Gaz. Méd. France, 5 Janv. 1970, 77, n° 1, 31-41 (Bibliogr.).

